

診療情報提供書 兼 検査依頼書（骨密度測定検査）

医療法人社団静和会 静和記念病院 検査担当者 宛

記載日 年 月 日

紹介元	医療機関名	電話番号
	所在地	FAX番号
	診療科	担当医

患者様情報	フリガナ	男・女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 西暦 (歳)
	お名前	様		
	ご住所	〒 TEL () -		
	検査日	月 日 () 時 分予約		
	身長	cm	体重	kg
	移動	独歩・車椅子・ストレッチャー	体内金属	無・有 → 部位 () 種類 ()
	埋込型除細動器 (ICD、CRT-D)	無 ・ 有 (腹部に埋込されている場合は腰椎骨密度検査が不可となります)		

結果郵送ご希望の場合はチェックを入れてください

☐

(チェックなしの場合は、結果CD-Rは患者様に直接お渡し致します)

検査内容	検査部位	☐ 腰椎
		[腰椎+両股関節 ・ 腰椎+(Rt)右股関節 ・ 腰椎+(Lt)左股関節 ・ 腰椎のみ]
		☐ 股関節
		[両股関節 ・ (Rt)右股関節 ・ (Lt)左股関節]
		☐ 前腕
		[(Rt)右前腕 ・ (Lt)左前腕]

- ・ 妊娠または妊娠している可能性のある方は、原則として検査は行いません。
- ・ 手術などによって検査部位に金属が入っている場合は、検査結果に影響する場合がございます。